

不同意

罕見疾病照護服務 終止服務 通知書

本人：\_\_\_\_\_（身分證字號：\_\_\_\_\_），

不同意接受

罕見疾病照護服務，

中止服務，自 年 月 日起中止

不同意/中止服務 原因：

暫時不需要罕見疾病照護服務，於需要時將再提出服務申請

主要問題獲得解決，已不需要罕見疾病照護服務

其他：\_\_\_\_\_

此致

（目前照護服務機構名稱）

申請人：\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人：\_\_\_\_\_（關係：\_\_\_\_\_）簽名：\_\_\_\_\_

（申請人無法簽名由法定代理人簽名）

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_

現居地地址：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

（說明：中止服務前，建議先與個案管理師討論。服務中止後，如有需求，可再重新申請繼續本服務）

-----  
（以下由照護服務機構/團體填寫）

收件人：\_\_\_\_\_

收件日期：\_\_\_\_\_年 月 日

（經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應）